

DATOS DEL SOLICITANTE - TOMADOR

CUIT, CUIL
o DOC.

Nº DE CUIT
CUIL o DOC.

RENOVACION ☐

POLIZA NUEVA ☐

SIT. IVA: R.I. ☐ R.N.I. ☐ N.R. ☐ C.F. ☐ EX. ☐ MON. ☐

Apellido y Nombre / Razón Social:

Domicilio: C.P.: Localidad:

Tel.: Fecha Nac.: / / Estado Civil: Sexo:

E-mail: Profesión u ocupación principal:

Tel. Cel.: Renovar la póliza automáticamente al final de la vigencia ☐ SI ☐ NO

SUMAS ASEGURADAS POR PERSONA:

MUERTE
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL
ASISTENCIA MEDICA FARMACEUTICA

HASTA \$ 25.000
HASTA \$ 25.000
HASTA \$ 3.000 POR PERSONA

Limite
por persona
\$ 5.000

Observaciones:

VIGENCIA:

Desde el día

Hasta el día

COSTO:

Premio anual:
\$ 144,00.-

FORMA DE PAGO:

Tarjetas de crédito: 12 cuotas de \$ 12,00.-
ó en efectivo: 4 cuotas de \$ 36,00.-

DATOS DEL VEHICULO:

MARCA:
MODELO:
TIPO:
AÑO:

NUMERO MOTOR:
NUMERO CHASIS:
DOMINIO:
OTROS DATOS:

Por la presente solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio que los importes inherentes a las cuotas del contrato de seguro que mantengo con esa Empresa, sean facturados y cobrados a través de mi tarjeta de crédito. En tal sentido, Autorizo a a debitar en mi cuenta los importes correspondientes, como así también a Beneficio S.A., si es necesario, a entregar el original de ésta a la empresa que he indicado.

Número de Tarjeta

Firma y Aclaración del Titular de la Tarjeta

La prestación se pagará únicamente en caso de que el asegurado principal y/o sus acompañantes hasta el tercer grado de consanguinidad, sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente de tránsito terrestre, como conductor y/o acompañante de automóviles particulares y/o camionetas, siempre que dicho accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez total y/o parcial permanente y que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo.

Firma del Solicitante

Aclaración

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales del Seguro que solicito, que están en poder del contratante y que fueran exhibidas.

Firma Productor

Aclaración

CODIGO PRODUCTOR

Lugar y Fecha: / /